

# Prescription pour la ventilation mécanique à domicile

Selon les lignes directrices de la Société Suisse de Pneumologie (SSP)



## A) INFORMATIONS GENERALES (s.v.p. remplir complètement)

Nom / Prénom: ..... Sexe: M F  
Adresse: ..... Date de naissance: .....  
NPA / Lieu: ..... Canton: ..... N° ID: .....  
Téléphone: ..... Assurance invalidité: oui non  
Profession: ..... CM-N° membre: .....  
Caisse-maladie: ..... Section: .....

## B) DIAGNOSTIC PRINCIPAL Code: ..... (s.v.p. reporter le code selon la liste ci-dessous)

<b>Maladies pulm. obstructives</b> 01 Bronchite chronique 02 Emphysème 03 Asthme	<b>Troubles respiratoires du sommeil</b> 20 Syndrome d'apnées centrales 21 Syndrome d'apnées obstructives 22 Syndrome d'apnées mixtes 23 Upper airways resistance syndrome	<b>Maladies cardiaques</b> 50 Cœur pulmonaire 51 Insuffisance card. gauche/globale 52 Malformation cardiaque	<b>Autres maladies</b> 60 Mucoviscidose 61 Hypoventilation alvéolaire 62 Dysplasie bronchique 63 Cancer pulmonaire/bronchique 64 Autre cancer/affection maligne
<b>Maladies pulm. restrictives</b> 10 Post Tbc 11 Séquelle opératoire/trauma 12 Fibrose 13 Pneumoconiose 14 Cyphoscoliose	<b>Maladies neuro-musculaires</b> 30 Myopathie 31 Neuropathie		99 autres: .....

## C) PRESCRIPTION POUR VENTILATION A DOMICILE (procédure administrative selon lignes directrices de la SSP avec approbation du coût par la SVK [Féd. suisse pour tâches communes des caisses-maladie])

Appareil attribué (marque/modèle): ..... Durée de ventilation: ..... heures/jour

Appareil volumétrique: Volume courant: ..... litres Fréquence: ..... /min  
 Appareil barométrique: Pression inspiratoire: ..... cmH<sub>2</sub>O Fréquence: ..... /min  
 Appareil Bilevel:  S  S/T  T  
Pression inspiratoire: ..... cmH<sub>2</sub>O Pression expiratoire: ..... cmH<sub>2</sub>O Fréquence: ..... /min

**Accessoires:**  
 Masque Marque: ..... Grandeur: .....  
 Fixation Marque: ..... Grandeur: .....  
 Humidificateur Début du traitement: .....

## D) RESULTATS D'EXAMENS IMPORTANTS

**Fonctions pulmonaires:** Date: ..... CV: ..... % théorique VEMS: ..... % théorique  
**Laboratoire:** Hémoglobine: ..... g% Hématocrite: ..... %  
**Gaz sanguins:** en: mmHg kPa Date PaO<sub>2</sub> PaCO<sub>2</sub> pH  
(en conditions cliniques stables)  
au repos / avant traitement .....  
après ≥ 30 min d'assistance ventilatoire .....

**Données de l'exploration du SAS (chez les patients suivant un traitement des apnées du sommeil):** sans PAP avec PAP  
Index d'apnées/hypopnées: .....  
Nombre de désaturations / heure (≥ 4% SaO<sub>2</sub>): .....

## E) Ordonnance pour le suivi et l'accompagnement des patients VMD

(conformément au contrat LPS/SVK du 1er juin 2000)

oui  non

(valable pour une année)

Dans 10 mois, la SVK enverra automatiquement une demande de prolongation de l'ordonnance.

## F) MEDECINS

1 **Médecin prescripteur / Centre prescripteur:** .....  
Signature + Timbre avec N° du concordat: .....  
Date de la sortie d'hôpital: .....  
Date de la prescription: .....

2 **Médecin traitant:** .....

3 **Pneumologue responsable des contrôles (oxymétrie/polygraphie):** .....

VEUILLEZ RENVoyer LA PRESCRIPTION DUMENT REMPLIE A:

SOCIETE SUISSE DE PNEUMOLOGIE, Südbahnhofstrasse 14c, Case postale, 3000 Berne 14, Fax: 031 378 20 31